

## **Andrea Bellone**

*Ospedale Maggiore Niguarda  
Cà Granda,  
Medicina d'Emergenza, Milano*

Manifesto subito ai lettori il grande entusiasmo, con il quale partecipo alla nascita di questa nuova Rivista.

Come avrete visto nel numero “d’esordio”, la struttura della Rivista stessa si dispone principalmente in 3 versanti. Il primo è lo spazio dedicato agli articoli originali, il vero nodo cruciale della Rivista, che offre un’opportunità ai terapisti di confrontarsi con esperienze diverse, di leggere e scrivere articoli scientificamente validi. Il secondo versante della Rivista è occupato dagli articoli più significativi della letteratura internazionale poiché la conoscenza di quello che fanno “gli altri”, “altrove”, ci offre l’opportunità di rivedere criticamente il nostro operato. Terzo, ma non ultimo per importanza, è lo spazio dedicato all’AARC (American Association for Respiratory Care). In questo caso, la collaborazione con la società scientifica più prestigiosa riguardo le tematiche di nostro interesse ci consente di avere costantemente un “occhio” aperto alle linee guida e raccomandazioni internazionali, pratica vitale per non rischiare di incorrere in terapie e/o tecniche poco sicure e/o senza chiara evidenza di utilità. In questo primo numero, l’articolo originale tratta di un argomento di grande attualità: il ruolo dei fisioterapisti nelle unità di Terapia Intensiva.

Come rilevato molto chiaramente dalle ripetute dichiarazioni dell’attuale Ministro della Sanità (Prof. Sirchia) siamo in presenza di una straordinaria emergenza Sanità causa il pesante disavanzo economico. Le molteplici ragioni di ciò sono già state ampiamente documentate e meriterebbero approfondimenti a latere. In virtù di tale situazione, si sta definendo un modello di ospedale diviso in un’area critica, dove i cosiddetti malati “acuti” trovano disponibilità di risorse umane e tecnologiche avanzate e dall’altra, un’area “di lungo degenti” dove trovino accoglienza malati “cronici” che necessitano prevalentemente di supporti “assistenziali”. L’obiettivo è dunque quello di razionalizzare le risorse esistenti riducendo al massimo gli sprechi e ottimizzando le differenti competenze professionali. Nel merito dell’area critica, uno dei punti cardini per la realizzazione dell’ospedale “del futuro” è la “rifondazione” dei Pronto Soccorso, delle Medicine d’Urgenza, delle Terapie Intensive Generali e “mono-organo” (nel caso a noi più vicino delle Terapie Intensive Intermedie Respiratorie = UTIR).

Il vero nodo cruciale nella pratica quotidiana dell’“Area Critica” è l’approccio diagnostico-terapeutico dei pazienti “instabili” clinicamente. Questi sono pazienti, che necessitano di cure che spesso esigono elevate risorse umane e tecnologiche, con costi elevatissimi (ad esempio in una Terapia Intensiva Generale il costo medio/giornata di degenza si aggira intorno ai 1.500 €). L’obiettivo, pertanto dovrebbe essere quello di ga-

rantire in questi Reparti il massimo delle competenze specialistiche ed il massimo delle risorse disponibili per poter meglio soddisfare la domanda di efficienza dell'utente-paziente. La fisioterapia respiratoria e la presenza di fisioterapisti specializzati ad hoc dovrebbe rappresentare in questo contesto una risorsa aggiuntiva di inestimabile valore.

Infatti, la fisioterapia respiratoria in ambiente intensivo (1) è una pratica di comune impiego anche se, ancora oggi, si basa molto sull'esperienza dei singoli operatori e criteri empirici di trattamento, valutazione e selezione pazienti. Malgrado le evidenze scientifiche sull'utilità delle più comuni manovre fisioterapiche attuate nelle Unità di Terapia Intensiva (UTI) siano carenti (2), la pratica della fisioterapia respiratoria rappresenta comunque una componente importante dell'approccio terapeutico al paziente critico. Recentemente, un Questionario Italiano sulla fisioterapia nelle Terapie Intensive Respiratorie (3) ha dimostrato che nelle UTIR italiane c'è

la "percezione" che la presenza del Fisioterapista (Ft) e l'utilizzo della fisiokinesiterapia respiratoria (FKTR) siano utili. Le risposte ai questionari riflettono una differente tipologia di pazienti degenti presso le UTIR. Questo rende complessa la identificazione di misure di outcome da utilizzare. In aggiunta la "non presenza" dei terapisti in Ospedale per tutte le 24 ore rende avveniristico, allo stato attuale, un corretto approccio fisioterapico e/o riabilitativo del paziente degente presso le nostre UTIR. Ci sembra dunque importante affermare come la nuova definizione del Ft con competenze specialistiche "respiratorie" e relativo percorso formativo risulti complementare alla necessità di identificare ed affermare il ruolo della FKTR nel paziente degente presso le nostre UTIR e relativi studi scientifici. Uno studio recente (4) ha evidenziato come l'aggiunta di una tecnica fisioterapica mirata alla disostruzione bronchiale in pazienti affetti da insufficienza respiratoria acuta ipercapnica e disordine ipersecretivo in ventilazione

non-invasiva consenta di migliorare la clearance bronchiale riducendo le ore di ventilazione. Questi dati preliminari possono rappresentare lo stimolo per medici e terapisti nel condurre studi mirati a dimostrare il ruolo "positivo" della fisioterapia respiratoria e delle altre componenti della riabilitazione respiratoria anche in pazienti "critici" allocati in "aree critiche".

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Gorini M, Confalonieri M, Vitacca M, Mellito E, Bellone A, Corrado A. La riabilitazione respiratoria in UTIR. *Rass. Pat. Appar. Respir.* 1998; 13: 165-175.
- 2) Stiller K. Physiotherapy in Intensive Care. *Chest* 2000; 118; 6: 1801-1813.
- 3) Bellone A, Garuti G, Peratoner A, Gorini M, Ambrosino N. Applicazione della fisioterapia respiratoria nelle UTIR Italiane: risultati di un Questionario conoscitivo. *Rass. Pat. Appar. Respir.* 2002 (in stampa).
- 4) Bellone A, Spagnolatti L, Massobrio M, Bellei E, Vinciguerra R, Barbieri A, Iori E, Bendinelli S, Nava S. Short-term effects of expiration under positive pressure in patients with acute exacerbation of COPD and mild acidosis requiring non invasive positive pressure ventilation. *Intens Care Med* 2002, in press.